

Lara Cássia de Pauda Alba

**Determinantes Sociais de Saúde e o processo morte-luto-cuidado na
Atenção Básica**

Uberlândia - MG

2024

Lara Cássia de Pauda Alba

**Determinantes Sociais de Saúde e o processo morte-luto-cuidado na
Atenção Básica**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Denise Stefanoni
Combinato

Uberlândia - MG

2024

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

A325 2024	Alba, Lara Cássia de Pauda, 2000- Determinantes Sociais de Saúde e o processo morte- luto-cuidado na Atenção Básica [recurso eletrônico] / Lara Cássia de Pauda Alba. - 2024. Orientador: Denise Stefanoni Combinato. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Uberlândia, Graduação em Psicologia. Modo de acesso: Internet. Inclui bibliografia. 1. Psicologia. I. Combinato, Denise Stefanoni ,1979- (Orient.). II. Universidade Federal de Uberlândia. Graduação em Psicologia. III. Título. CDU: 159.9
--------------	--

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:

Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091
Nelson Marcos Ferreira - CRB6/3074

Lara Cássia de Pauda Alba

Determinantes Sociais de Saúde e o processo de morte-luto-cuidado na Atenção

Básica

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Bacharel em Psicologia.

Orientador (a): Profa. Dra. Denise Stefanoni Combinato

Banca Examinadora

Uberlândia, 13 de novembro de 2024

Profa. Dra. Denise Stefanoni Combinato – Orientadora

Universidade Federal de Uberlândia – UFU/Uberlândia

Profa. Dra. Alessandra de Andrade Lopes

Universidade Estadual Paulista – UNESP/Bauru

Prof. Dr. Ricardo Wagner Machado da Silveira

Universidade Federal de Uberlândia – UFU/Uberlândia

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho é fruto do apoio, carinho e confiança de muitas pessoas especiais. Primeiramente, agradeço imensamente à minha orientadora, Denise, por sua paciência, orientação e dedicação, sempre disponível ao longo deste caminho. Seu incentivo e cuidado foram essenciais para que este trabalho se concretizasse.

Aos enfermeiros que participaram da pesquisa gratidão por se disponibilizarem a colaborar e enriquecer este estudo com suas experiências.

Aos professores e técnicos do IPUFU, por compartilharem conhecimentos valiosos e contribuírem para minha formação acadêmica e pessoal em todos esses anos.

Ao meu namorado, por seu apoio e compreensão incondicionais, e aos amigos de Ribeirão Preto e Uberlândia, pelo incentivo e pela companhia em todos os momentos. Com conversas, risadas, comida, festas e silêncio vocês tornaram os desafios mais leves e os dias mais alegres, fundamentais para que eu me mantivesse firme e acreditasse em mim mesma. Gui, também escrevo para você, te sinto comigo.

Por fim, agradeço profundamente à minha mãe, Jucimara, meu pai, Luiz Claudio e minha irmã Laiany, por serem minha fonte constante de inspiração, força e amor, vocês tornam minha jornada mais quentinha e feliz. E a todos da família, que sempre acreditaram em mim e nos meus sonhos.

Assim, acima de tudo, obrigada a todos que refletiram e refletem sobre o mundo comigo. Sem vocês, nada disso (que sou) seria possível. Muito obrigada.

“What though the radiance that was once so bright,
be now forever taken from my sight.
Though nothing can bring back the hour of splendor in the grass,
of glory in the flower;
We will grieve not, rather find strength in what remains behind.”

— William Wordsworth

RESUMO

A Atenção Básica caracteriza-se pelo cuidado integral do paciente e sua família, inclusive no final da vida, sendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) responsável pelos vínculos assistenciais e cuidado a longo prazo. Contudo, as limitações no serviço associadas aos determinantes sociais de saúde (DSS) impactam o acesso e a qualidade dos serviços de saúde. Na sociedade ocidental moderna, muitas vezes, a morte é negada e abordada pela perspectiva biomédica, mas se trata de um fenômeno complexo, influenciada por fatores histórico-culturais. Assim, o objetivo dessa pesquisa foi analisar como enfermeiros-coordenadores da Atenção Básica percebem o processo morte-luto-cuidado e sua relação com os DSS. A pesquisa fundamentou-se na Psicologia histórico-cultural, a partir da categoria analítica atividade. Foi realizado um estudo qualitativo, com entrevistas semiestruturadas com dois enfermeiros da Atenção Básica. A análise dos dados ocorreu por meio dos núcleos de significação, sendo identificados três núcleos: o primeiro aborda as práticas profissionais e os desafios na Atenção Básica; o segundo examina a influência dos fatores socioeconômicos, geográficos e culturais na saúde e nas atividades dos profissionais; o terceiro discute os sentidos da morte e do luto compartilhados pelos enfermeiros. A pesquisa evidenciou a complexidade do processo morte-luto-cuidado e os desafios associados aos DSS. Reforça-se a importância da formação não alienante e não biologizante, incluindo a formação em Cuidados Paliativos e a atenção a determinação social que atravessa a vida dos sujeitos.

Palavras-chave: Atenção Básica. Morte. Luto. Determinantes Sociais de Saúde. Cuidados Paliativos.

ABSTRACT

Primary Health Care is characterized by the comprehensive care of the patient and their family, including end-of-life care, with the Family Health Strategy (FHS) responsible for establishing care bonds and long-term support. However, service limitations, combined with social determinants of health (SDH), affect access to and the quality of healthcare services. In modern Western society, death is often denied or addressed from a biomedical perspective, though it is a complex phenomenon influenced by historical and cultural factors. Thus, the aim of this research was to analyze how nurse coordinators in Primary Health Care perceive the death-grief-care process and its relationship with SDH. The research was based on cultural-historical psychology, using activity as the analytical category. A qualitative study was conducted, with semi-structured interviews with two Primary Health Care nurses. Data analysis was conducted through the identification of core meanings, revealing three cores of signification: the first addresses professional practices and challenges in Primary Health Care; the second examines the influence of socioeconomic, geographical, and cultural factors on health and professionals' activities; the third discusses the meanings of death and grief shared by the nurses. The research highlighted the complexity of the death-grief-care process and the challenges associated with SDH. It emphasizes the importance of non-alienating, non-biologizing training, including education in Palliative Care and attention to the social determinants that shape individuals' lives.

Keywords: Primary Health Care. Death. Grief. Social Determinants of Health. Palliative Care.

SUMÁRIO

1. Introdução.....	1
2. Desenvolvimento.....	7
2.1. Objetivos.....	7
2.2. Hipótese.....	8
2.3. Método.....	8
3. Resultados e Discussão.....	10
3.1. Determinantes Sociais de Saúde nas práticas profissionais	12
3.2. Determinantes Sociais de Saúde na Atenção Básica e mistanásia.....	14
3.3. Sentidos da Morte e do Luto: atravessamentos afetivos e educativos.....	18
4. Considerações Finais.....	24
5. Referências.....	27
6. ANEXOS.....	32
Anexo A.....	32
Anexo B.....	35

1. Introdução

A Lei n.8080 (Brasil, 1990) refere-se aos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), que são: a “universalidade” de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, propondo assim a saúde como um direito de todos e que o Estado deve assegurá-la; a “equidade” da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios, junto do princípio da justiça social; e o princípio da “integralidade”, referido como um "conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos" (Brasil, 1990).

O princípio da integralidade no contexto brasileiro é um dos principais preceitos que caracteriza a abordagem da Atenção Básica à Saúde (APS). A compreensão desse princípio não se limita às questões de necessidades físicas dos pacientes no momento em que buscam o serviço de saúde, mas envolve a integralidade do cuidado, ou seja, garantir que os serviços de saúde sejam abrangentes, contínuos e adaptados às necessidades individuais e coletivas da população, prevenindo problemas de saúde e promovendo bem-estar ao longo de todas as fases da vida, incluindo o período final, da morte.

Combinato e Martin (2017) destacam que a compreensão integral dos sujeitos e dos serviços de saúde deve considerar o cuidado com o paciente no final da vida a partir de uma compreensão abrangente de vivências, contextos e demandas relacionadas ao processo saúde-doença, englobando as dimensões psicológicas, sociais e culturais do sujeito, a fim de criar vínculos efetivos entre profissionais e usuários, superando o modelo biomédico instituído.

A integralidade associada aos princípios apontados pela atenção primária, como o acesso universal, a continuidade do cuidado, a equidade, a prevenção e a promoção da saúde têm se destacado como essencial para abordar as necessidades da população em todas as fases da vida. Desse modo, a Estratégia Saúde da Família (ESF), modelo de atenção à saúde do SUS, se revela como uma perspectiva de cuidado dessa área que tem como objetivo a formação de vínculos assistenciais e cuidado humanizado (Queiroz et al., 2013), por conta da sua forma de atuação

com acolhimento, abordagem integral e resolutiva, descentralização e capilaridade (Ministério da Saúde, 2012).

Destaca-se que tal vínculo não se restringe apenas ao tratamento técnico da doença, sendo necessário também compreender o que há para além disso, isto é, explorar as condições e possibilidades de vida do paciente e de sua família, um vínculo longitudinal capaz de abarcar o acompanhamento ao longo da vida e os aspectos interpessoais, como a valorização da relação entre usuário e equipe (Combinato & Martin, 2017; Santos et al., 2018). A formação do profissional de enfermagem, a qual muitas vezes é marcada pelo caráter biologizante, predominando aspectos técnicos e biomédicos, deixa em segundo plano as dimensões subjetivas e sociais do cuidado. Essa lacuna aparece tanto na formação inicial a qual se esperaria transcender o modelo clínico, individual e curativo, quanto na continuada (Mattia, et al., 2018).

A partir disso, é importante apontar as limitações e os desafios da Atenção Básica, uma vez que questões financeiras, geográficas, culturais e sociais exigem ações de caráter político e público em níveis amplos, como educação, emprego, segurança e políticas econômicas. De acordo com a Lei n.8080 (Brasil, 1990, art.3): "os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais".

Compreender a complexidade da demanda é essencial para o cuidado na Atenção Básica, já que esse depende tanto da garantia ao acesso da população à saúde como também da responsabilidade desses serviços e dos profissionais que nele atuam em relação ao cuidado de pacientes, familiares e comunidade. Ademais, essa relação se fundamenta a partir de processos subjetivos e sociais, sendo resultado da interação complexa e interdependente de elementos pessoais, políticos, macroestruturais, etc. (Combinato & Martin, 2017; Gomes et al., 2012).

É preciso então reconhecer que o cuidado integral vai além da atuação do profissional de saúde, envolvendo fatores socioeconômicos, estruturais e culturais que influenciam a saúde da população. Refere-se aqui acerca dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e da Determinação Social do Processo Saúde-Doença. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), os DSS podem ser entendidos como as condições de nascimento, vida, trabalho e envelhecimento das pessoas (Buss & Pellegrini Filho, 2007). Nacionalmente, os DSS são definidos como um conceito relacionado ao princípio da equidade, no âmbito da saúde pública, abrangendo situações, comportamentos ou fatos da vida econômica, social, política, cultural e subjetiva que afetam positiva ou negativamente a saúde dos indivíduos, segmentos sociais, coletividades e territórios (Fundação Oswaldo Cruz, 2000).

Por sua vez, a Determinação Social do Processo Saúde-Doença, vai para além da lógica causal vista nos DSS, essa teoria considera que a saúde não é influenciada somente por fatores isolados, mas sim por todo um sistema social estruturado que determina, molda e mantém as condições de vida, isto é, o processo de saúde-doença é dialético, o adoecer, o acesso à saúde (acesso a bens, serviços e direitos) e até as formas de morrer são expressões individuais e coletivas das condições estruturais de uma sociedade. Há, portanto, foco na estrutura social e nas relações de poder que produzem desigualdades, para além da lógica orientada aos fatores/condições que podem ser reducionistas e fragmentados da vida social, procurando assim uma compreensão mais ampla da diversidade de processos (socioeconômicos, culturais, ecológicos, biológicos e psicológicos) envolvidos nas interações dinâmicas do processo saúde-doença (Laurell, 1998; Rocha & David, 2015; Silva & Bicudo, 2022).

Nessa perspectiva, analisar e explorar o impacto que a desigualdade social tem na sociedade é de suma importância. Estudos como de Castro et al. (2019) e Neri & Soares (2002) mostram que a maior parte da população que não tem acesso ou não tem suas necessidades e cuidados de saúde atendidos são grupos de menor renda e poder aquisitivo. Para além, esse

acesso não se limita apenas a disponibilidade física do serviço, mas também a aspectos de acessibilidade geográfica, aceitabilidade cultural, capacidade financeira e disponibilidade dos profissionais (Assis & Jesus, 2012). Portanto, nota-se a desigualdade não apenas como uma influência no acesso aos serviços de saúde, mas também como um determinante à exposição de fatores de riscos, como barreiras financeiras, geográficas e culturais.

Logo, a combinação desses fatores contribui para padrões de adoecimento e taxas de mortalidade diferentes entre os grupos populacionais do Brasil (Assis & Jesus, 2012; Castro et al., 2019; Neri & Soares, 2002), como aponta estudo recente da Fiocruz (2022) em que a população negra e indígena possui um maior desvio padrão em relação à idade média da morte do que brancos e amarelos. No contexto das desigualdades sociais que atravessam o processo saúde-doença, é pertinente abordar o conceito de necropolítica, o qual se manifesta na priorização de recursos para certos grupos em detrimento de outros, perpetuando a exclusão de populações historicamente vulneráveis, como negros, indígenas e comunidades periféricas. Essas dinâmicas de exclusão intensificam as desigualdades no acesso à saúde e impactam diretamente a qualidade de vida e as possibilidades de cuidado nos momentos finais da vida, revelando como políticas e práticas de saúde podem reforçar processos de vulnerabilização ao invés de mitigá-los (Mbembe, 2016).

Considerando os impactos da iniquidade na saúde e dos DSS na produção de doença, morbidade e morte (Almeida-Filho, 2010), entende-se que para discutir o processo saúde-doença-cuidado na Atenção Básica também é preciso compreender como cuidados no final da vida são realizados (acompanhamento domiciliar e continuidade da assistência, por exemplo), os quais devem ter como finalidade a garantia da dignidade no processo de morte e o controle dos sintomas (Floriani & Schramm, 2007). A partir disso, é importante considerar o lugar da morte e como se dá seu processo nessa relação complexa entre fatores sociais, políticos e culturais.

Estudos apontam tanto a desigualdade quanto a injustiça social como aspectos determinantes para o processo de saúde-doença e, conseqüentemente, a morte (Assis & Jesus, 2012; Bretas, 2018; Castro et al., 2019; Combinato & Martin, 2017; Costa & Mendes, 2021). No contexto da saúde da família, onde o foco é o cuidado abrangente e contínuo, é fundamental entender como os profissionais lidam com as perdas e como incorporam os sentidos dos determinantes sociais de saúde em seu trabalho. Isso porque a forma como se entende o fim da existência humana na sociedade moderna ocidental muitas vezes é voltada para a negação de sua existência, conforme o modelo biomédico, o qual separa a vida da morte (Costa & Mendes, 2021). Entretanto, é preciso considerar que a morte envolve vários sentidos, sendo dependente dos contextos em que se está, uma vez que seu processo é construído socialmente (Souza & Santos, 2015; Vicensi, 2016).

De acordo com a perspectiva biomédica, o morrer é tratado como momento de falha e fracasso, já que os profissionais são, na maioria das vezes, formados para “salvar vidas”, sendo despreparados para lidar com as situações de morte iminente (Domingues et al., 2013; Souza & Santos, 2015; Vicensi, 2016).

Como apontado por Kovács (2011) e Combinato e Queiroz (2006), há diversos sentidos sobre a morte, devendo essa ser compreendida através de uma perspectiva multidisciplinar, a partir de seu desenvolvimento histórico e psicossocial. Dessa maneira, é fundamental compreender que a morte é um fenômeno complexo, dependente do contexto histórico, cultural, social e econômico, ou seja, é atravessada pelas desigualdades sociais vividas pela sociedade e interligada aos determinantes sociais de saúde (Bretas, 2018).

Assim, entende-se que para a realização do cuidado integral no atendimento das necessidades das pessoas no final da vida é preciso considerar como as estruturas sociais e econômicas impactam as condições de vida e saúde e como essas afetam o seu processo de finitude. Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi investigar como enfermeiros/as

coordenadores de Unidade Básica de Saúde da Família na Atenção Básica entendem e vivenciam o processo de morte no trabalho e como percebem a influência dos determinantes sociais de saúde.

É essencial compreender como os profissionais dessa área percebem a morte, e se consideram e identificam, ou não, a influência dos determinantes sociais, uma vez que esses podem impactar tanto o processo de morte em si quanto a maneira como os sujeitos enfrentam o luto. Como observado em outros estudos, nota-se que os profissionais de saúde, especialmente da enfermagem, vivenciam uma série de sentimentos e percepções ao lidar com a morte e o luto no ambiente de trabalho, uma vez que fatores relacionados aos DSS também foram destacados, como a desigualdade de acesso a cuidados paliativos, a sobrecarga dos profissionais que atuam em contextos de vulnerabilidade e a influência de barreiras culturais no enfrentamento do luto (Gois & Abrão, 2015; Kuster & Bisogno, 2010; Lima et al., 2016; Peito et al., 2020; Queiroz et al., 2013; Santos, 2022).

As pesquisas apontam que sentimentos como medo, tristeza, culpa, fracasso e impotência aparecem diante da morte de crianças ou jovens, casos em que os profissionais relatam maior dificuldade em lidar com o sofrimento e comunicar o óbito às famílias. Além disso, a ausência de preparo sobre a temática da morte durante a formação acadêmica é apontada como uma lacuna que prejudica o manejo dos profissionais. Outro aspecto observado é a influência dos valores culturais, religiosos e sociais no enfrentamento do luto, no entanto, a visão biomédica predominante e a falta de espaços para discussões abertas sobre o tema podem levar ao afastamento afetivo e até à negação da morte. Nesses estudos, ressalta-se a importância de iniciativas de educação continuada em tanatologia para capacitar os profissionais e a inserção de práticas reflexivas no ambiente de trabalho (Kuster & Bisogno, 2010; Lima et al., 2016; Peito et al., 2020; Queiroz et al., 2013; Santos, 2022). A partir disso, entende-se que ter claro como os aspectos de morte e luto em relação aos determinantes sociais são percebidos pelos

enfermeiros é crucial para aprimorar a qualidade do cuidado oferecido aos pacientes e suas famílias.

Desse modo, este estudo pode fornecer contribuições para a formação profissional e implementação de intervenções que considerem os aspectos sociais na abordagem sobre a morte e o luto, garantindo a qualidade de vida em todos os processos da vida, incluindo o final, na morte, tratando-a com dignidade e justiça. Isso porque explorando e compreendendo como os profissionais de saúde percebem e incorporam fatores sociais em suas experiências de trabalho, pode-se buscar melhoria na qualidade do cuidado, promovendo uma abordagem mais sensível às necessidades das famílias e desenvolvimento de estratégias com a rede de saúde para lidar com desafios específicos, ligados a desigualdade, muitas vezes considerando esses usuários pacientes que "não se cuidam", mas que na verdade enfrentam condições precárias de vida.

2. Desenvolvimento

2.1. Objetivos:

O objetivo geral dessa pesquisa foi analisar como os participantes - profissionais da Enfermagem - vinculados à Atenção Básica vivencia o processo de morte-luto-cuidado e sua relação com os determinantes sociais de saúde no trabalho.

Já os objetivos específicos foram:

1. Verificar as percepções de morte e luto dos participantes - profissionais da Enfermagem - que trabalham na Atenção Básica.
2. Identificar a relação estabelecida pelos participantes - profissionais da Enfermagem - entre os determinantes sociais de saúde e o processo morte-luto-cuidado.

2.2. Hipótese

Considerando os determinantes sociais de saúde (alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, atividade física, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais), a morte como parte da vida e o processo de morte e luto como demanda de cuidado na Atenção Básica, como o participante profissional de Enfermagem relaciona esses determinantes ao processo de morte-luto-cuidado?

2.3. Método

O presente estudo possui uma abordagem qualitativa e a análise dos dados foi fundamentada na Psicologia histórico-cultural junto da categoria analítica atividade, uma vez que essa teoria entende o sujeito como um ser ativo e em transformação, sendo utilizada para compreender a interação do homem com o contexto e a construção de seu conhecimento a partir de suas ações mediadas por instrumentos, significados e cultura (Zanella, 2004).

A perspectiva histórico-cultural aponta que o desenvolvimento do psiquismo humano acontece a partir do elemento determinante de humanização, isto é, a atividade, decorrente do processo de socialização. Considera-se, como apontado por Aguiar e Ozella (2006), que o homem é um ser social, mas também singular, fruto das inúmeras determinações que vive.

Os princípios orientadores do método desta pesquisa se dão por meio da abordagem crítica e historicista da compreensão dos sentidos, uma vez que a apreensão desses começa por meio de uma base empírica e genotípica, da qual busca revelar as gêneses e bases dinâmico-causais dos fenômenos, sendo necessário ir para além das aparências superficiais quando se observa e apreende os sentidos, explorando o processo de origem e constituição dos objetos estudados, considerando então que esses sentidos são influenciados e moldados pela história individual e social do indivíduo (Aguiar & Ozella, 2006; Vigotski, 1994; 2001).

O método explicativo de Vigotski (1994; 2001) enfatiza a interdependência entre o indivíduo, a cultura e o contexto social. Para o autor, o estudo do fenômeno deve ser holístico, uma vez que é dessa forma possível compreender o fenômeno a partir de sua origem e dinâmicas causais. É nesse sentido que Vigotski (1994) aponta os signos como instrumentos aptos de conduzir o homem a uma estrutura específica de comportamento para além do desenvolvimento biológico, capazes de criar processos psicológicos atravessados pela cultura. Portanto, revela-se fundamental apreender a totalidade do fenômeno psicológico, considerando suas contradições e transformações ao longo do tempo, o que permite uma análise mais rica e complexa das experiências humanas.

De acordo com Aguiar & Ozella (2006), ao se envolver em diferentes atividades, o sujeito revela aspectos da sociedade em que está inserido, como suas ideologias, relações sociais e modo de produção que o atravessam. Assim, a atividade não é apenas um fator externo que leva ao reflexo psicológico, mas sim uma parte integral do processo psicológico. Logo, é um elemento que distingue o ser humano enquanto ser histórico, social e cultural. Ao participar de diferentes atividades, o sujeito não apenas transforma a realidade ao seu redor, mas também se transforma, estabelecendo uma relação dialética entre a objetivação do social e a subjetivação do indivíduo, um movimento que reflete e é moldado pelas condições sociais, culturais e históricas em que está inserido (Bernardes 2010, Zanella 2004).

Logo, para realizar essa pesquisa, foram realizadas duas entrevistas individuais, a partir de um roteiro semiestruturado, com dois profissionais de Enfermagem vinculados à equipe multidisciplinar da Atenção Básica. Esses sujeitos foram escolhidos por serem membros da equipe mínima da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), sendo o enfermeiro geralmente responsável tanto pelo cuidado como pela gestão, incluindo a coordenação da equipe. Minayo e Costa (2018) referem que essa forma de entrevista é capaz de fazer com que a relação pesquisador e pesquisado seja um instrumento privilegiado de troca de informações e do poder

revelador da fala acerca das condições de vida e crenças, transmitido e captado por meio do roteiro semiestruturado regiões subjetivas inacessíveis quando se tem um esquema de pergunta e resposta.

Após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (Número do Parecer: 6.523.253), foi realizada a entrevista com cada um dos profissionais de diferentes unidades que manifestaram interesse em participar dessa pesquisa, após divulgação em redes sociais. Inicialmente, eles leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A). Os encontros contaram com entrevista semiestruturada (Anexo B) baseada em questões relacionadas ao trabalho na Atenção Básica, cuidado, morte e luto. Após o encerramento da análise de dados, foi feito o convite para a devolutiva dos resultados e um dos entrevistados participou.

A análise de dados teve início pela transcrição do material gravado das duas entrevistas. Após a transcrição, foi feita a leitura flutuante do conteúdo recolhido e, por meio desta, foi possível, fundamentado em Aguiar e Ozella (2013), organizar os pré-indicadores, isto é, fragmentos de falas constituídos por combinações de palavras que compõem um significado e expressam sentido para o sujeito. Seguindo o processo da análise de dados, fez-se a aglutinação desses pré-indicadores a fim de se obter os indicadores, seja por similaridade, contradição ou complementaridade. Após reunidos os indicadores, esses caracterizaram os núcleos de significação que foram necessários para estabelecer relações e discutir acerca do objetivo desta pesquisa.

3. Resultados e discussão

Para garantia do sigilo e anonimato, os entrevistados serão identificados por E1 e E2. Os sujeitos são enfermeiros da Atenção Básica que atuam em duas unidades diferentes de um município de médio porte, assumindo além da atividade assistencial, o papel de coordenadores

da equipe. E1 e E2 trabalharam em UBSFs diferentes durante o período em que as entrevistas foram realizadas, com 2,8 e 3 anos de atuação, respectivamente, e possuíam experiências prévias em outros serviços de saúde, como Unidade de Terapia Intensiva (UTI). E1, durante a entrevista, trabalhava em uma região mais periférica do município e não teve em sua unidade capacitação para cuidados paliativos, enquanto a UBSF em que E2 trabalhava foi contemplada com capacitações organizadas pelo município que possibilitaram à equipe a efetivação e atuação com cuidados paliativos. No momento da conclusão deste trabalho, ambos já não atuavam mais nessas unidades.

Como explicado no método, a análise foi elaborada seguindo os passos propostos por Aguiar e Ozella (2013). Isto é, por meio da leitura flutuante das entrevistas, foram destacados elementos significativos das falas dos entrevistados, produzindo os pré-indicadores, que quando organizados criaram-se os indicadores, os quais em conjunto constituíram os núcleos de significação.

Após o movimento de análise, foram definidos os seguintes núcleos de significação: 1) Determinantes Sociais de Saúde nas práticas profissionais; 2) Determinantes Sociais de Saúde na Atenção Básica e mistanásia; 3) Sentidos da morte e do luto: atravessamentos afetivos e educativos. O primeiro aborda os conjuntos de práticas profissionais dentro da Atenção Básica, destacando as formas de cuidado profissional e os desafios diários que surgem nesse contexto, como a sobrecarga de trabalho. Já o segundo núcleo de significação explora como fatores financeiros, geográficos, culturais e sociais influenciam a saúde da população e, conseqüentemente, o trabalho na Atenção Básica. Este núcleo ressalta a importância de considerar o contexto de vida dos pacientes, incluindo aspectos como pobreza, educação, além das relações de produção e reprodução social. Por fim, o terceiro núcleo aborda a maneira como a morte e o luto são vivenciados pelos profissionais de saúde na Atenção Básica, explorando como os sentidos sobre a morte e o luto são múltiplos.

3.1. Determinantes Sociais de Saúde nas práticas profissionais

As atividades realizadas pelos enfermeiros entrevistados incluem atendimento na unidade, visitas domiciliares e coordenação da equipe da UBSF, isto é, são responsáveis por liderar equipes multiprofissionais, gerenciar a organizar o trabalho e promover a integração entre os serviços e profissionais de saúde, além de planejar e implementar ações de saúde. Foram pontuados como desafios a essas práticas questões estruturais como problemas na plataforma digital da UBSF, muitos usuários para um número restrito de profissionais ou de horas de trabalho nessas equipes e alta demanda do serviço.

“Atualmente, a nossa população está em torno de quatro mil pessoas, então essa área de quatro mil requer muita unidade, visto que é um médico, um enfermeiro, então a gente tem que dar, querendo ou não, cuidado e atenção para essa população, que querendo ou não, utiliza bastante” (E2).

As unidades de saúde têm como referência o cuidado de uma população de até quatro mil pessoas, um número estabelecido na legislação para abarcar as atividades propostas na atenção básica. Esse parâmetro reflete, na prática, o modelo hospitalocêntrico predominante que se apresenta como incompatível a estrutura prevista e proposta para a Atenção Básica. O volume elevado de usuários, associado ao número reduzido de profissionais nas equipes das UBSFs, compromete a capacidade de atender integralmente às demandas e sustentar práticas como visitas domiciliares e ações preventivas e de promoção de saúde. Isso também pode ser observado quando os entrevistados pontuam a menor possibilidade de visitas domiciliares ou até mesmo medo de iniciar mais visitas domiciliares, o que descaracteriza, de certa forma, o trabalho na UBSF, por conta da sobrecarga de trabalho:

“E a gente não, infelizmente, não tem condições, enquanto enfermeiro, de dar esse suporte diário ou um suporte semanal. Eu faço uma visita pra um paciente domiciliar a cada dois meses, por exemplo, ou se houver uma necessidade de demanda, né?” (E1).

Estudos como de Drulla et al. (2009) e Lima et al. (2015) apontam para um número reduzido de visitas domiciliares realizadas tanto por profissionais de nível superior quanto pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Uma das razões para essa situação é a alta demanda de consultas dentro da unidade de saúde, uma vez que prevalece o modelo biomédico curativista, o que consome o tempo dos profissionais, notando-se sobrecarga de trabalho.

Destaca-se que a Saúde da Família foi concebida com o objetivo de fortalecer ações de prevenção e promoção da saúde, a fim de garantir uma abordagem mais abrangente e integral. No entanto, na prática, ainda predomina uma lógica curativista, em que as atividades realizadas dentro do consultório são priorizadas em detrimento de ações preventivas e de promoção da saúde, como as visitas domiciliares (Combinato & Queiroz, 2006; Lima et al., 2015). Tal informação pode ser observada pela fala de E1:

“Aqui, por conta desse volume enorme de atendimentos, a gente dá o cuidado da doença [o cuidado da parte física da doença], né?” (E1).

As visitas domiciliares, além de serem realizadas pelos ACS, também são realizadas por outros membros da equipe. Tais visitas foram percebidas como uma atividade importante da Estratégia Saúde da Família, pois é a partir dela que se é possível observar a realidade vivida pelo usuário, entender a dinâmica familiar, fazer intervenções e realizar um cuidado integral.

“O agente de saúde vê coisas nas casas que se a equipe não for lá, ela não vai ter esse acesso” (E2).

Adotando o método de investigação baseado na atividade como a forma pelo qual o sujeito manifesta sua singularidade, se constitui e se apropria do mundo (Combinato e Martin, 2017; Zanella, 2004), é possível pontuar que os profissionais entrevistados, pela maneira de

interagirem e se apropriarem do meio como enfermeiros de UBSF, vivem na pele a dificuldade das famílias, se sensibilizando e se afetando, a ponto de já terem comprado alimentos e remédios ou terem pagado transporte para os moradores da comunidade onde atendem.

“Desde o início da pandemia para cá, eu venho observando que pacientes que nunca utilizaram a unidade, agora estão utilizando, porque perdeu o convênio do serviço, perdeu o emprego, agora está sem o serviço que ele às vezes tinha da empresa, então cada vez mais esse serviço tem sido voltado para a atenção primária e para o serviço público no geral” (E2).

“Em muitos momentos, eu comprei medicação para paciente informando que era uma doação [...] Então, inúmeras vezes, a gente também já pagou o Uber para paciente para dar essa continuidade” (E1).

Por meio da análise, considera-se que os desafios enfrentados pelos enfermeiros da UBSF podem estar relacionados à determinação social do processo saúde-doença e a maneira como a atividade possibilita de forma intensa a vivência no campo de atuação. Entretanto, tais ações, ainda que bem-intencionadas, podem reforçar a lógica messiânica e despolitizada, na qual o profissional de saúde assume um papel assistencialista e pontual. Essa postura desconsidera a necessidade de enfrentar os determinantes sociais da saúde de maneira ampla e integrada, por meio de políticas públicas e da atuação em rede. Isso pode evidenciar uma alienação decorrente da falta de politização e/ou das condições e vínculos de trabalho desses profissionais, que restringem a capacidade de explorar e transformar as condições sociais que perpetuam vulnerabilidades, limitando a atuação a respostas imediatistas e apolíticas.

3.2. Determinantes Sociais de Saúde na Atenção Básica e mistanásia

Os Determinantes Sociais de Saúde (DSS), fatores específicos que influenciam a saúde, como renda, educação, ambiente, acesso a serviços de saúde e condições de vida (Buss & Pellegrini Filho, 2007), são parte dos desafios encontrados na Atenção Básica. Em função da

perspectiva crítica abordada neste trabalho, faz-se necessário discutir sobre a Determinação Social do processo saúde-doença, uma vez que essa abordagem permite compreender para além desses fatores, a estrutura social que mantém e molda aspectos da saúde e da morte. Um exemplo dessa determinação social aparece quando E1 afirma que até os usuários admitem que as dificuldades financeiras afetam o processo vida-morte-cuidado:

“Às vezes, a gente escuta o familiar falando assim: mas se eu tivesse dinheiro... O meu pai ficou doente, mas se eu tivesse dinheiro, de certa forma ele não teria morrido, porque eu iria interferir antes” (E1).

Tal questão se relaciona ao conceito de *mistanásia*, que se refere à morte “miserável”, fora de seu tempo, que poderia ser evitada, marcada por sofrimentos evitáveis (Cunha et al., 2024; Ferreira & Porto, 2019). Vulnerabilidades sociais (e não naturais), resultados de uma sociedade capitalista neoliberal, marcam a vida e a morte das pessoas.

Além da dificuldade de garantir o cuidado efetivo do paciente nos serviços de saúde, existem questões socioeconômicas estruturantes que atravessam a alimentação, o trabalho, a educação, a moradia das famílias. Tal fato também aparece em estudos realizados por Lima et al. (2015) e Pontes et al. (2009), que destacam a falta de medicamentos como uma das dificuldades para o tratamento adequado do paciente, evidenciando a fragilidade dos serviços e das políticas públicas de saúde.

A partir disso, pode-se evidenciar também o conceito de *necropolítica*, o qual explora como as estruturas sociais e de poder se entrelaçam, em que a morte se torna um instrumento de poder, sendo algumas vidas valorizadas e outras desconsideradas. Assim, a *biopolítica* se transforma em *necropolítica* quando a soberania é exercida não apenas sobre a vida, mas também sobre a morte, evidenciando as desigualdades e as condições que determinam quem tem o direito à vida e quem é relegado à morte (Mbembe, 2016).

Apoiando-se nos estudos de Castro et al. (2019) e Neri & Soares (2002), entende-se que a maior parte da população que não tem acesso ou não tem suas necessidades e seus cuidados de saúde atendidos são grupos de menor renda e poder aquisitivo:

“E quanto mais vulnerável é a população, mais ela exige do serviço de saúde [...] Então os fatores financeiros, sociodemográficos influenciam muito na questão da saúde da população, então não é só que a gente reflete, não é só da educação, se não tem um financeiro, se não tem lazer, se não tem saneamento, tudo isso influi na questão da saúde” (E2).

E, para além, compreende-se que esse acesso não se limita apenas à disponibilidade física do serviço, mas também a aspectos de acessibilidade geográfica, como exemplificado na fala de E1:

“A gente tem, às vezes, por exemplo, pacientes que a gente fez todo um processo para que ele pudesse receber benefício, um BPC [Benefício de Prestação Continuada], por exemplo, foi feito na unidade, juntamente com equipe, com laudos e com serviço social, e no momento que ele precisava ir ao INSS [Instituto Nacional do Seguro Social], ele não tinha dinheiro para comparecer”.

Esse não acesso também pode aparecer em razões de caráter cultural, financeiro e até de disponibilidade de profissionais, seja devido ao número de profissionais, à carga horária de trabalho e/ou aos tipos de serviço (Assis & Jesus, 2012), como apontado na fala de E1:

“Eu não tenho todos os profissionais todos os dias, mas é composta por psicóloga, serviço social, educador físico, nutricionista, fisioterapeuta. Dentista a unidade não possui. [...] O Farmacêutico também não possuímos [...]”.

Um dado que se apresentou relevante foi acerca do exame de mamografia. Em estudo da Fundação Oswaldo Cruz (2022), foi possível identificar que mulheres que nunca realizaram o exame predominam na região norte do país, indicando que o acesso desse exame fica reduzido nas regiões mais pobres do país. Esse dado pode ser ilustrado a partir da fala de E2:

“A gente tem uma idade pra poder fazer essa solicitação da mamografia e tudo mais, e a gente sabe que quanto mais cedo a gente descobre [o câncer de mama], mais chance a gente tem de cura, não é? Agora vamos supor uma pessoa que ela tem recurso financeiro baixo, tem grau de instrução baixo, e não tem essa orientação, e essa informação não chega pra ela. Às vezes, ela não tem hábito de ir ao SUS, nunca fez uma mamografia, ela descobriu um câncer, ela tinha 50, 60 anos, esse câncer às vezes poderia ter sido descoberto quando ela tinha 30, quando ela tinha 40, então, ao descobrir, ela já não tem mais o que fazer. Poderia ter salvo? Poderia” (E2).

Nesse sentido, tanto os dados obtidos nessa pesquisa quanto os dados recuperados de estudos recentes revelam que as desigualdades presentes nos serviços de saúde, reflexo das condições estruturais da sociedade, persistem.

Amplia-se assim a relação entre mistanásia e Cuidados Paliativos ao discutir que o diagnóstico tardio é uma dimensão importante dos problemas dos serviços de saúde em conjunto ao sistema de organização social. Tal realidade evidencia que os sofrimentos e desfechos poderiam ser reduzidos ao longo de todo o processo de adoecimento se houvesse um diagnóstico precoce e uma abordagem mais eficiente na atenção à saúde. Entende-se, portanto, que há uma relação entre mistanásia e CP ao discutir que o diagnóstico tardio é uma dimensão que ilustra dificuldades não só do sistema de saúde - falta de profissionais ou exames, mas também das desigualdades estruturais da sociedade - acesso à informação, falta de compreensão sobre sintomas iniciais, distância geográfica ou até rotina diária exaustiva (decorrente da lógica de produção do sistema capitalista) que faz com que o tempo disponível para buscar assistência médica seja escasso, por exemplo (Cunha et al., 2024).

Portanto, é fundamental reconhecer como essas dinâmicas sociais impactam a saúde da população e levam à ocorrência da mistanásia, demandando uma reflexão crítica sobre as

políticas de saúde, o arranjo social e a necessidade de um modelo que priorize a dignidade e o alívio do sofrimento (Cunha et al., 2024).

Dessa forma, é importante pontuar que essa compreensão é fundamental para reconhecer os limites da atuação do profissional, além de corroborar para a ideia da determinação social do processo saúde-doença, isto é, entende-se a influência do sistema social e estrutural sobre a saúde, compreendendo-o como um processo dialético do qual estabelece uma associação entre o processo saúde-doença e a dinâmica da produção capitalista. (Almeida-Filho, 2010; Combinato & Martins, 2017; da Costa & Mendes, 2021; Silva & Bicudo, 2022).

3.3. Sentidos da morte e do luto: atravessamentos afetivos e educativos

O trabalho é um processo que busca atender as necessidades existentes. Logo, o sujeito precisa reconhecer as demandas de sua atuação (Combinato & Martins, 2017), já que é a partir dessa sensibilidade e compreensão em identificar as necessidades, tanto do paciente quanto da família, que o enfermeiro é capaz de orientar sua atividade. Entre essas, neste estudo, notou-se que os enfermeiros percebem de forma clara as relacionadas aos determinantes sociais da saúde.

Entretanto, quando em vista dos cuidados paliativos (CP) – gerenciamento das complicações associadas ao tratamento e à doença, alívio da dor, suporte emocional e espiritual tanto para os pacientes quanto para os cuidadores, além do cuidado no final da vida e apoio no processo de luto para os pacientes e familiares – E2, quem recebeu capacitação para CP, parece perceber mais claramente essa necessidade na sua atuação como enfermeiro na Atenção Básica.

“A gente [enfermeiros] tem que ter cada vez mais interesse, acesso à informação, acesso a capacitações, ter equipes próximas das famílias, entender que essa transição [da vida para a morte] está acontecendo sem a gente poder fazer nada. [...] Então sempre aconteceu do idoso falecer, da pessoa com câncer falecer, e muitas das vezes a equipe não chegou lá pra conversar, pra questionar, pra ajudar, e isso acontece todos os dias, o que que a gente poderia estar

fazendo diferente? [...] O se fazer cuidado paliativo ele muda o reflexo da visão, porque acima de tudo eu quero respeitar a vida e respeitar também o momento de morte.”

Isso mostra que a formação se revela fundamental para a identificação e o manejo adequado das necessidades de pacientes e familiares. Nesse contexto, a Portaria GM/MS n.3.681, de 7 de maio de 2024 (Brasil, 2024), institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) integrando os Cuidados Paliativos à Rede de Atenção à Saúde (RAS), com ênfase na Atenção Primária. Essa portaria tem como um dos seus objetivos a formação e capacitação dos profissionais de saúde, para reconhecimento e manejo das necessidades em CP, além de ações de educação dirigidas à população e que o CP seja aplicado como forma de cuidado nos serviços de saúde em todos os níveis de atenção.

Nessa perspectiva, após a capacitação, E2 reconhece que muitos pacientes em Cuidados Paliativos já faziam parte de seu acompanhamento regular, o que facilita a inclusão de medidas mais adequadas para o suporte da família e o cuidado ao paciente.

“E depois a gente [equipe multi], com as análises e avaliações, a gente viu que a maioria desses pacientes que estavam em cuidados paliativos, que iriam ter um processo luto familiar, já eram pacientes que a gente já iria fazer visita domiciliar. Então eles já estão inseridos no nosso contexto. Na maioria das vezes a gente já até sabe quem são” (E2).

Durante a análise, foi possível observar como a percepção da morte varia conforme o contexto na qual ocorre. A morte, embora considerada pelos participantes como um processo natural, é revestida de significados que dependem da maneira em que ocorre, seja a idade e o estado de saúde do falecido, a intensidade do vínculo emocional com a pessoa que morreu, e/ou a forma com que a morte ocorreu. Entende-se, portanto, que a finitude humana é carregada de sentidos subjetivos advindos da interação com a cultura, sociedade e mundo psíquico dos sujeitos (Combinato & Queiroz, 2011).

Um outro aspecto que aparece como influente nas percepções de morte e luto é a religião, como visto em:

“As pessoas que a gente percebe que tem uma crença religiosa maior, ela de certa forma tem um conforto nessa crença. [...] Então eu acredito que isso influencia muito: o tipo da morte e as crenças religiosas.” (E1)

Como apontado em Silva et al. (2012), a religião atua como uma maneira de dar sentido a morte, transformando a morte em um processo de transcendência, assim a fé se mostra como um mecanismo de suporte aos sujeitos como fonte de enfrentamento ao medo e consolo diante da perda, influenciando o entendimento de finitude e os rituais de luto e práticas após a morte.

A forma como os profissionais lidam com a morte quando esta envolve pessoas idosas ou pacientes crônicos que estão em grande sofrimento é frequentemente vista como um alívio, seja pela ideia de fim pautada na religião ou não, isto é, compreendida pelo fim do sofrimento, em que há a passagem para um lugar melhor (de paz) ou que a dor acaba para sempre, concepções que servem de conforto para os sujeitos (Góis & Abrão, 2015).

“No trabalho, profissionalmente falando, em algumas situações que a gente vivencia o sofrimento daquele paciente, o ato da morte seria um descanso para ele daquele sofrimento” (E1).

Por outro lado, a dificuldade de aceitar a morte de jovens ou morte súbita é refletida na fala de E2:

“Uma morte súbita que não tá esperando, geralmente esse luto é mais difícil [...] Um rapaz jovem, uma criança que faleceu subitamente, ninguém tava esperando, ninguém se preparou para isso”.

Essas perspectivas revelam, dentre outros fatores, a influência do modo de produção nos sentidos de morte. Visto que o capitalismo socializou primeiro o corpo biológico enquanto força de produção e trabalho, percebe-se a valorização da juventude, sendo a morte dessas

peças economicamente ativas uma perda irreparável, enquanto a de idosos, os quais muitas vezes não produzem e geram custos para manutenção de suas vidas, se torna natural. Primeiro os mais velhos e depois os mais novos é resultado de uma concepção da qual a morte só pode ocorrer na velhice, seguindo o ciclo biológico (Combinato & Queiroz, 2011; Minayo & Coimbra, 2002, Rocha & David, 2015; Kuster & Bisogno, 2010). Em suma, como proposto por Ribeiro et al. (1998), o entendimento da morte como natural, vem do aspecto biológico e racional, em que se entende o acontecimento como o fim de um ciclo (nascer, crescer, envelhecer e morrer).

“Morte é algo natural, então se a partir do momento que a gente já nasce eu falo que conta um relógio biológico, que a gente vai, vai, vai falecer, então nesse momento a gente tá vivendo, mas também a gente tá morrendo, né?” (E2).

Entretanto, analisando para além da aparência inicial do discurso dos entrevistados, buscando contradições e relações, como proposto por Vigotski (1994), compreendendo também as influências históricas, sociais e individuais, verificou-se que apesar de pontuada como “fim de todo mundo” (E1), essa compreensão da morte aparece desde que na ordem natural, com pacientes idosos ou com doenças crônicas e com quem não se tenha vínculo. Entende-se desse modo que a morte não está desprovida de atravessamentos afetivos, fazendo com que sua percepção alterne entre a aceitação e negação (Combinato & Queiroz, 2011).

A partir disso, como um fator determinante de sentidos para a morte, por exemplo, ser mais aceita ou não, aparece o vínculo afetivo com o falecido. A diferença entre a morte de um desconhecido, que pode ser encarada de maneira mais distanciada, e a morte de um ente querido, que traz uma dor profunda é evidenciada na fala de E1:

“Se eu pensar na morte dos meus pais, isso para mim seria uma coisa inaceitável, assim, que doeria muito.”

Kovács (1992) discute sobre a morte do outro ser a vivência da morte em vida, visto que é a experiência da morte que não é própria. Nesse sentido, a experiência do luto e da morte do outro é vivida de forma que uma parte de si mesmo morresse, em virtude de esta ser ligada aos vínculos estabelecidos com o outro. Daí os sentimentos de perda advindos da morte, em razão da relação afetiva entre os indivíduos, junto do apego para com as pessoas e ao próprio corpo, resultando no medo da perda (Almeida et al., 2011). No caso do falecimento de desconhecidos, o profissional pode refletir sobre a finitude da vida, contudo percebe-se um certo distanciamento a fim de não causar angústias a si próprio, como refere E1:

“Eu aceito enquanto profissional, lidando com pessoas que não são da minha família, né? Então, de certa forma, não me envolvo muito, porque quando a gente se envolve muito com a família do paciente, com o paciente, isso acaba, de certa forma, nos afetando.”

Percebe-se inicialmente que E1 discorre sobre uma relação profissional da qual procura não se aproximar do paciente ou da família, para não criar vínculos e conseqüentemente lidar com o caso de forma mais profissional. Assim, numa tentativa de separar a dimensão afetiva da profissional, os enfermeiros acreditam que é melhor não demonstrar proximidade ou emoções, observado também na formação acadêmica, a qual é centrada na cura de doenças e evitação da morte (Almeida et al., 2011; Peito et al., 2020).

Contudo, propõe-se uma reflexão durante a análise acerca da fala de E1:

“E todas as vezes que eu chego lá, ele [paciente] está sempre comendo isso, me comove muito, arroz e jiló. Eu fiquei calada, vim para cá e fiquei muito, muito mexida com isso e fui num supermercado [...]. Tem coisas que principalmente a fome, mexe (choro).”

Assim, analisando para além daquilo que foi dito pelos entrevistados e percebendo as contradições observadas (Vigotski, 1994), fica claro, até pelo caráter humano do trabalho em Enfermagem, que é inevitável não se envolver afetivamente com os pacientes e familiares, em vista da vivência e prática como profissional na Atenção Básica, o que revela também que se

não há capacitação adequada, a equipe apesar de capaz de perceber algumas necessidades da atividade, pode não saber o que fazer perante o processo de morte e morrer, uma vez que, como pontuado anteriormente, se distanciam das questões relacionadas ao óbito (Almeida et al., 2011; Combinato & Queiroz, 2011).

Desse modo, se faz necessário entender o aspecto cultural da negação da morte e como a mesma é tratada como um aspecto difícil de ser falado ou lidado, como ilustrado por E2:

“Nossa, eu vou falar de morte’, a primeira vez que a gente [equipe multi] sentou com uma família pra poder falar, toda a equipe ficou receosa de como falar”.

Isso porque, na sociedade contemporânea, observa-se em geral uma negação da morte ou tentativas de postergar a morte. Diferente de outras épocas em que a morte era tratada como parte da vida, através de eventos coletivos, familiares e ritualizados, hoje ela é interdita, devendo ser controlada e evitada, por meio da ciência e modernidade, transferida ao âmbito médico e técnico. Nesse sentido, entende-se que a finitude é tratada como um fenômeno distante e impessoal. Assim, com a automatização da morte, a sociedade contemporânea perdeu o contato íntimo com a finitude, e o ato de refletir sobre ela se torna um tabu, transformada em um assunto mórbido, depressivo, do qual deve ser breve e asséptico (Combinato e Queiroz, 2006; Dantas et al., 2021).

Contudo, no que se refere ao cuidado no processo de morte e luto na Atenção Básica, é destacado por E2 como o seu trabalho e da equipe se caracteriza também por conversar e refletir com a família e o usuário sobre a finitude e, conseqüentemente, o sentido da vida; aproximar a família para resolver conflitos, de forma que, quando a morte ocorrer, a despedida aconteça de maneira mais amena. A ideia também é que depois do falecimento do paciente, a família continue sendo acompanhada e cuidada, conforme a característica do trabalho na Atenção Básica.

“Dá pra gente trabalhar, dá pra aproximar a família, dá pra resolver esses conflitos familiares pra depois, na hora que a transição ocorrer, ela ocorra de uma forma amena, e que fique aquela falta, mas não fique aquela falta angustiada” (E2).

Isso mostra como os Cuidados Paliativos na Atenção Básica podem ser uma alternativa à negação da morte e à medicalização do luto. Compreende-se então um caminho contra a tendência contemporânea de evitar a discussão e a reflexão acerca do morrer. Assim, a atuação nos Cuidados Paliativos reconhece a morte e oferece espaço para a elaboração da mesma de forma humanizada e consciente, tanto para a família, quanto para o paciente e para a equipe, fornecendo dignidade, garantindo cuidado para além da dimensão física, substituindo o distanciamento pelo cuidado que considera a dimensão afetiva e relacional da morte (Combinato & Martin, 2017; Floriani, & Schramm, 2007; Rodrigues et al., 2022).

Desse modo, entende-se a importância de uma formação que seja capaz de conduzir o profissional para além do processo de alienação vinculado ao modelo biomédico tecnicista. Pensa-se em uma formação que incorpore a noção de finitude ao contexto sociocultural, priorizando a educação da morte e do morrer, favorecendo a construção de novos sentidos e práticas de atuação que valorizem e reflitam sobre a dignidade ao morrer e a finitude da vida (Combinato & Queiroz, 2006; Combinato & Martin, 2017; Floriani, & Schramm, 2007; Rodrigues et al., 2022).

4. Considerações Finais

Com a perspectiva de analisar como enfermeiros-coordenadores da Atenção Básica percebem o processo morte-luto-cuidado e sua relação com os Determinantes Sociais de Saúde foi possível notar que tanto E1 quanto E2 relatam que, apesar das limitações estruturais e da alta demanda de atendimentos no consultório, existe o desejo e a percepção de que deve haver um cuidado integral. No entanto, a realidade dos serviços de saúde, marcada pela escassez de

recursos, falta de remédio ou profissionais, a priorização da lógica curativa e a determinação social do processo saúde-doença limitam as intervenções e possibilidades que poderiam ser realizadas na Atenção Básica para garantia do atendimento humanizado e vínculos assistências.

Foi possível observar que os profissionais de Enfermagem entrevistados identificaram como as desigualdades e diversidades socioeconômicas, culturais e religiosas se manifestam no processo de morte-luto-cuidado, notando como essas condições interferem no acesso aos serviços de saúde e na qualidade do cuidado prestado. Percebe-se dessa maneira que essas desigualdades afetam as percepções e vivências de morte e luto, influenciando como esses momentos são enfrentados pelos pacientes e suas famílias e também pelos profissionais.

Isso reforça o conceito de Determinação Social do processo saúde-doença, que entende a saúde como resultado de um sistema social estruturado que molda as condições de vida. Esse sistema perpetua desigualdades e define quem tem acesso a cuidados adequados e quem é exposto a riscos evitáveis, influenciando tanto a saúde quanto às formas de adoecer e morrer, realidade associada à mistanásia, ou seja, a abreviação coletiva da vida.

Dessa forma, fica evidente que os determinantes sociais afetam a vida como um todo, incluindo o processo de morte, e que a determinação social é uma marca constante na vida dos sujeitos, sendo de suma importância criticar e desnaturalizar o modelo social vigente, uma vez que as condições de saúde não são apenas resultado de escolhas individuais, mas sim de um contexto social mais amplo. Os relatos demonstram que, em muitas situações, a falta de recursos e a precariedade dos serviços geram um ciclo de vulnerabilidade que afeta diretamente a saúde dos indivíduos e suas famílias.

Observou-se também o esforço desses profissionais em oferecer o melhor cuidado possível, dentro daquelas possibilidades, ainda que os recursos fossem limitados. Nesse sentido, a Atenção Básica, especialmente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), cria vínculos assistenciais e cuidado humanizado, em razão da prática caracterizada pelo acolhimento,

abordagem integral e resolutiva. No entanto, reafirma-se que o estudo sobre o processo de morte, luto e cuidado na Atenção Básica trouxe à luz a necessidade de uma formação profissional que vá além do modelo biomédico tecnicista. Isto porque a pesquisa demonstrou que, ao se ignorar os aspectos afetivos e sociais que envolvem a morte, profissionais da saúde podem estar limitados em sua capacidade de oferecer o cuidado integral e humanizado.

Ademais, é importante destacar que este estudo foi realizado antes da publicação da Portaria GM/MS nº 3.681/2024, que institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP). Dessa forma, há uma expectativa de que, com a implementação dessa Política, sejam ofertadas capacitações e formação qualificada para os profissionais de saúde, ampliando suas capacidades de lidar com o processo de morte-luto-cuidado. Espera-se também que essa formação contribua não só para um atendimento mais inclusivo e sensível às necessidades dos pacientes e suas famílias, garantindo um cuidado digno e respeitoso até o final da vida, mas também a educação e formação da sociedade sobre o tema. Além disso, espera-se a organização sistemática dos Cuidados Paliativos em toda a Rede de Atenção à Saúde, assegurando que esse tipo de cuidado seja estruturado e amplamente acessível no território.

5. Referências

- Aguiar, W. M. J., & Ozella, S. (2006). Núcleos de significação como instrumento para a apreensão da constituição dos sentidos. *Psicologia: ciência e profissão*, 26, 222-245 <https://doi.org/10.1590/S1414-98932006000200006>.
- Aguiar, W. M. J. D., & Ozella, S. (2013). Apreensão dos sentidos: aprimorando a proposta dos núcleos de significação. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*, 94, 299-32 <https://doi.org/10.1590/S2176-66812013000100015>
- Almeida-Filho, N. (2010). A problemática teórica da determinação social da saúde. In Nogueira, R. P. (2010). Determinação social da saúde e reforma sanitária. Rio de Janeiro: *Cebes*, 13-36.
- Almeida, A. V. D., Carvalho, A. C. M., & Brandão, G. M. O. D. N. (2011). Sentimentos e percepções da equipe de enfermagem frente à morte e o processo de morrer na unidade de terapia intensiva. *Rev. enferm. UFPE on line*, 1367-1373. <https://doi.org/10.5205/reuol.1262-12560-1-LE.0506201108>
- Assis, M. M. A., & Jesus, W. L. A. D. (2012). Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11), 2865-2875. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>
- Bernardes, M. E. M. (2010). The method of research in psychology and the historical-cultural survey human psych. *Revista Psicologia Política*, 10(20), 297-313.
- Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*.
- Brasil, & Ministério da Saúde. (2012). Política nacional de atenção básica. Recuperado de <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
- Brasil, & Ministério da Saúde. (2012). Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Recuperado de <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Brasil, & Ministério da Saúde. (2016). Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 510, de 7 de abril de 2016. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 maio 2016. Recuperado de <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
- Bretas, A. C. (2018). "Pode-se levar uma vida boa em uma vida ruim?", por Judith Butler. *Cadernos de ética e filosofia política*, 2(33), 213-229. <https://doi.org/10.11606/issn.1517-0128.v2i33p213-229>
- Buss, P. M., & Pellegrini Filho, A. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: revista de saúde coletiva*, 17, 77-93. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>

- Castro, M. C., Massuda, A., Almeida, G., Menezes-Filho, N. A., Andrade, M. V., de Souza Noronha, K. V. M., ... & Atun, R. (2019). Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *The lancet*, 394(10195), 345-356. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(19\)31243-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(19)31243-7)
- Combinato, D. S., & Martin, S. T. F. (2017). Necessidades da vida na morte. *Interface- Comunicação, Saúde, Educação*, 21(63), 869-880. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0649>
- Combinato, D. S., & Queiroz, M. D. S. (2006). Morte: uma visão psicossocial. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 11, 209-216. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2006000200010>
- Combinato, D. S., & Queiroz, M. D. S. (2011). Um estudo sobre a morte: uma análise a partir do método explicativo de Vigotski. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 3893-3900. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001000025>
- Cunha, T. R. D., Sampaio, M. D. F., Corradi-Perini, C., Siqueira, J. E. D., & Guirro, U. B. D. P. (2024). Cuidados Paliativos em hospital oncológico de referência: atenção primária, diagnóstico tardio e mistanásia. *Saúde em Debate*, 48(141), e8977. <https://doi.org/10.1590/2358-289820241418977p>
- da Costa, P. H. A., & Mendes, K. T. (2021). A morte como força produtiva no capitalismo brasileiro. *Revista Fim do Mundo*, (4), 87-109. <https://doi.org/10.36311/2675-3871.2021.v2n4.p87-109>
- Dantas, J. B., Borge, J. E. R., & Dutra, A. B. (2021). Entre a morte e a experiência da finitude: histórias e diálogos com o contemporâneo. *Revista do NUFEN*, 13(1), 41-55.
- Domingues, G. R., Alves, K. D. O., Carmo, P. H. S. D., Galvão, S. D. S., Teixeira, S. D. S., & Balduino, E. F. (2013). A atuação do psicólogo no tratamento de pacientes terminais e seus familiares. *Psicologia Hospitalar*, 11(1), 02-24.
- Drulla, A. G., Alexandre, A. M. C., Rubel, F. I., & de Azevedo Mazza, V. (2009). A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. *Cogitare Enfermagem*, 14(4), 667-674. <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/16380/10861> <https://doi.org/10.5380/ce.v14i4.16380>
- Góis, A. R. S., & Abrão, F. M. da S. (2015). O processo de cuidar do enfermeiro diante da morte. *Revista De Enfermagem Da UFMS*, 5(3), 415-425. <https://doi.org/10.5902/2179769215832>
- Ferreira, S., & Porto, D. (2019). Mistanásia X Qualidade de vida. *Revista Bioética*, 27(2), 191-195. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019272000>
- Fioravanti, C. (2020, 20 de Junho). Novo índice detalha peso de variáveis socioeconômicas em doenças. *Revista FAPESP*.

- Floriani, C. A., & Schramm, F. R. (2007). Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. *Cadernos de Saúde Pública*, 23, 2072-2080. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000900015>
- Fundação Oswaldo Cruz. (2020, 23 de outubro). OS DSS na OMS. Fundação Oswaldo Cruz. Recuperado em 10 de Maio de 2024, de <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/dss-o-que-e/os-dss-na-oms/>
- Romero, D., & Maia, L. (2022). *Epidemiologia do envelhecimento: Novos paradigmas?* (Texto para discussão nº 90). Projeto Saúde Amanhã. Editora Fiocruz. Disponível em https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2022/06/Romero_D_-Maia-L_A-epidemiologia-do-envelhecimento_novos-paradigmas_TD_90_versao_final.pdf
- Gomes, A. M. D. A., Caprara, A., Landim, L. O. P., & Vasconcelos, M. G. F. (2012). Relação médico-paciente: entre o desejável e o possível na atenção primária à saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 22, 1101-1119. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000300014>
- Kovács, M. J. (2011). Instituições de saúde e a morte: do interdito à comunicação. *Psicologia: ciência e profissão*, 31, 482-503. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932011000300005>
- Kovács M., J. (1992). Morte, separação, perdas, o processo de luto. In: Kovács M., J., organizadora. *Morte e desenvolvimento humano. São Paulo: Casa do Psicólogo*; 1992. p. 153-169.
- Kuster, D. K., & Bisogno, S. B. C. (2010). A percepção do enfermeiro diante da morte dos pacientes. *Disciplinarum Scientia Saúde*, 11(1), 9-24.
- Laurell, A. C. (1982). A saúde-doença como processo social. *Revista Latinoamericana de Salud, México*, 2, 7-25.
- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 19 Set 1990.
- Lima, A. B. S., Oliveira, L. P., Sá, K. V. C. S., Silva, E. L., Caldas, A. J. M., & Rolim, I. L. T. P. (2016). Sentimentos e percepções da enfermagem frente ao processo de morte e morrer: revisão integrativa. *Rev Pesqui Saude [Internet]*, 17(2), 116-21.
- Lima, S. A. V., Silva, M. R. F. D., Carvalho, E. M. F. D., Pessoa, E. C., Brito, E. S. V. D., & Braga, J. P. R. (2015). Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 25, 635-656. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000200016>
- Mattia, B. J., Kleba, M. E., & Prado, M. L. D. (2018). Formação em enfermagem e a prática profissional: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, 2039-2049. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0504>

- Mbembe, A. (2016). Necropolítica. *Arte & ensaios*, (32), 122-151.
- Minayo, M. C., & Costa, A. P. (2018). Fundamentos teóricos das técnicas de investigação qualitativa. *Revista Lusófona de Educação*, (40), 11-25.
- Minayo, M. C. D. S., & Coimbra Júnior, C. E. (2002). Entre a liberdade e a dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Editora Fiocruz. (pp. 11-24)
<https://doi.org/10.7476/9788575413043.0002>
- Ministério da Saúde. (1990). ABC do SUS: Doutrinas e Princípios. Recuperado de https://farmacia.alegre.ufes.br/sites/farmacia.alegre.ufes.br/files/field/anexo/abc_do_sus_-_doutrinas_e_principios.pdf
- Neri, M., & Soares, W. (2002). Desigualdade social e saúde no Brasil. *Cadernos de saúde pública*, 18, S77-S87. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000700009>
- Peito, B., B., Melo, M. A., & Longo, C., S. (2020). Luto em profissionais de enfermagem frente ao processo de morte e morrer de paciente sob seus cuidados: uma revisão bibliográfica sintética. *Revista Psicologia em Foco*, 12(17), 15-27.
- Pontes, A. P. M. D., Cesso, R. G. D., Oliveira, D. C. D., & Gomes, A. M. T. (2009). O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários? *Escola Anna Nery*, 13, 500-507.
- Queiroz, A. H. A. B., Pontes, R. J. S., Souza, M. A., & Rodrigues, T. B. (2013). Percepção de familiares e profissionais de saúde sobre os cuidados no final da vida no âmbito da atenção primária à saúde. *Ciência & saúde coletiva*, 18, 2615-2623.
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900016>
- Ribeiro, M. C., Baraldi, S., & Silva, M. J. P. D. (1998). A percepção da equipe de enfermagem em situação de morte: ritual do preparo do corpo" pós-morte". *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 32, 117-123. <https://doi.org/10.1590/S0080-62341998000200004>
- Rocha, P. R. D., & David, H. M. S. L. (2015). Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49, 129-135. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000100017>
- Rodrigues, L. F., Silva, J. F. M. D., & Cabrera, M. (2022). Cuidados paliativos: percurso na atenção básica no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 38. <https://doi.org/10.1590/0102-311xpt130222>
- Santos, C. M. D. (2022). Narrativas sobre a morte e o luto em um contexto de pandemia na periferia do Distrito Federal e entorno. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Saúde Coletiva) — Universidade de Brasília, Brasília. Recuperado de <https://bdm.unb.br/handle/10483/36064>

- Santos, R. O. M. D., Romano, V. F., & Engstrom, E. M. (2018). Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 28(02). <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280206> .
- Silva, L. B., & Bicudo, V. (2022). Determinantes sociais e determinação social do processo saúde-doença: discutindo conceitos e perspectivas. In: Santos, T V C; Siva, L B; Machado, T O (Orgs.). Trabalho e saúde: diálogos críticos sobre crises. Rio de Janeiro: *Mórmula*, p. 115-131.
- Silva, C., R., Portella, S. D. C., Reis, L. R., & Bispo, T. C. F. (2012). Religião e morte: Qual a relação existente? *Revista Enfermagem Contemporânea*, 1(1). <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v1i1.49>
- Souza, A. S. S. S., & Santos, F. S. (2015). Histórias de morte e luto: um estudo socioantropológico da vivência da morte em um grupo operativo no CRAS. *Revista De Psicologia*, 6(2), 50-58.
- Vicensi, M. D. C. (2016). Reflexão sobre a morte e o morrer na UTI: a perspectiva do profissional. *Revista Bioética*, 24(1), 64-72. <https://doi.org/10.1590/1983-80422016241107>
- Vygotsky, L. S. (1994). *A formação social da mente* (4ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Vigotski, L. S. (2001). *A construção do pensamento e da linguagem* (1ª ed.) (P. Bezerra, Trad.). São Paulo: Martins Fontes.
- Zanella, A. V. (2004). Atividade, significação e constituição do sujeito: considerações à luz da psicologia histórico-cultural. *Psicologia em estudo*, 9, 127-135. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722004000100016>

7. ANEXOS

Anexo A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “Determinantes sociais de saúde e o processo morte-luto-cuidado na Atenção Básica”, sob responsabilidade das pesquisadoras Lara Cássia de Pauda Alba e Profa. Dra. Denise Stefanoni Combinato, cujo objetivo é verificar como o profissional de Enfermagem vinculado à Atenção Básica vivencia o processo de morte-luto-cuidado e sua relação com os determinantes sociais de saúde no trabalho.

Você tem o tempo que for necessário para decidir se quer ou não participar da pesquisa (conforme item IV da Resolução nº 466/2012 ou Capítulo. III da Resolução nº 510/2016).

Para participar da entrevista, é necessário primeiramente assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O TCLE deverá ser respondido no local e horário da entrevista. Durante esse momento, você poderá ler, esclarecer suas dúvidas e decidir se realmente deseja participar da pesquisa. Se decidir pela participação, após a assinatura uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você

Após o preenchimento do TCLE, a pesquisa consiste em conceder uma entrevista, de forma presencial no Instituto de Psicologia da UFU/Campus Umuarama ou no local escolhido pelo participante – de acordo com sua preferência será agendado dia e horário conforme sua disponibilidade. Na entrevista, com questões abertas, serão abordados aspectos da atuação profissional na Atenção Básica, relacionados ao processo morte e luto. Estima-se um tempo aproximado de 40 a 60 minutos para entrevista. Caso não seja possível finalizar as perguntas do roteiro da entrevista, você será consultado se prefere continuar ou agendar outro encontro para finalizar a coleta de dados de acordo com a sua disponibilidade. Caso o tempo de entrevista ultrapasse o período de 90 minutos (uma hora e meia), será oferecido um lanche de forma gratuita.

Os depoimentos serão gravados para posterior transcrição e análise e, tanto as gravações originais, quanto as descrições serão mantidas sob a guarda e responsabilidade das pesquisadoras por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa, como é orientado nas Resoluções nº 466/2012, Capítulo XI, Item XI.2: f e nº 510/2016, Capítulo VI, Art. 28: IV - manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa.

Rubrica do participante

Rubrica do pesquisador

Em nenhum momento você será identificado(a). Os resultados da pesquisa serão publicados e, ainda assim, a sua identidade será preservada. Ressalta-se que seus dados de identificação (nome e local de trabalho) não serão divulgados. Será utilizada a letra E (de Enfermagem) seguido por um número (1, 2, 3), caso haja mais de um participante, garantindo assim o sigilo.

É compromisso das pesquisadoras a divulgação dos resultados da pesquisa, em formato acessível ao grupo ou população que foi pesquisada (Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 3º, Inciso IV). Você poderá ter acesso aos resultados da pesquisa a partir do link: https://repositorio.ufu.br/?locale=pt_BR.

Você não terá nenhum gasto nem ganho financeiro por participar na pesquisa. Havendo algum dano decorrente da pesquisa, você terá direito a solicitar indenização através das vias judiciais (Código Civil, Lei 10.406/2002, Artigos 927 a 954 e Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 19).

A pesquisa apresenta como riscos: 1) a possível identificação dos participantes e 2) eventualmente sensação de desconforto ou incômodo por conta do tema abordado na entrevista. Para que esses riscos sejam minimizados, as pesquisadoras se comprometem em codificar a identidade dos participantes através do anonimato, utilizando apenas uma letra e um número para a identificação do participante no estudo. Além disso, também se assegurarão de providenciar acolhimento, a qualquer momento da entrevista, ou essa também poderá ser interrompida, a pedido do entrevistado, em caso de qualquer constrangimento ou desconforto emocional que possam vir a ser experienciados pelo participante. As pesquisadoras também se comprometem em guardar a documentação obtida por um período mínimo de 5 anos.

O CEP/UFU esclarece que toda pesquisa tem riscos, nem que sejam o risco de identificação do participante e, em alguns casos, o risco do participante se sentir constrangido. O CEP/UFU também esclarece que incidentes decorrentes da pesquisa não poderão onerar o Sistema Único de Saúde (SUS), cabendo aos pesquisadores prever possíveis riscos médicos e/ou psicológicos, bem como os encaminhamentos que serão oferecidos gratuitamente ao participante.

Os benefícios consistirão em contribuir com a ciência e com a prática profissional na Atenção Básica, a fim de promover mais conhecimento acerca do tema de morte-luto-cuidado e, mais especificamente, sobre o papel da Enfermagem no processo morte-luto-cuidado na Atenção Básica em consonância com os determinantes sociais de saúde.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou coação. Até o momento da divulgação dos resultados, não havendo identificação dos participantes, não haverá possibilidade da retirada da exclusão dos dados da pesquisa

Rubrica do participante

Rubrica do pesquisador

Em caso de qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com as pesquisadoras Lara Cássia de Pauda Alba, telefone (16) 99277-9051; email: lara.alba@ufu.br; com a Profa. Dra. Denise Stefanoni Combinato através do número (34) 98406-0906, ou se preferir, através da Instituto de Psicologia Universidade Federal de Uberlândia, por meio do número (34) 3225-8511 ou (34) 3225-8537, ou no endereço Avenida Pará, 1720-Bloco 2C, 38405-320.

Para obter orientações quanto aos direitos dos participantes de pesquisa acesse a cartilha no link:

https://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/documentos/Cartilha_Direitos_Eticos_2020.pdf.

Você poderá também entrar em contato com o CEP - Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia, localizado na Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, campus Santa Mônica – Uberlândia/MG, 38408-100; telefone: 34-

3239-4131 ou pelo e-mail cep@propp.ufu.br. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Uberlândia, de de 20.....

Assinatura do(s) pesquisador(es)

Eu aceito participar do projeto de pesquisa citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Assinatura do participante da pesquisa

Rubrica do participante

Rubrica do pesquisador

Anexo B

Roteiro de entrevista semiestruturado:

- Quais são as atividades que você desenvolve na Atenção Básica?
- Quais são os principais desafios desse contexto de atuação?
- Os determinantes sociais de saúde (alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, atividade física, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais) influenciam de alguma maneira seu trabalho como enfermeiro/a da Atenção Básica? Se sim, pode exemplificar?
- Você pode compartilhar alguma experiência marcante que tenha tido ao lidar com um paciente em processo de morte e/ou com a família durante o luto?
- O que vem à sua cabeça quando eu falo “morte”? E “luto”?
- De que forma você atua / aborda o paciente e/ou a família diante do processo de morte-luto?
- Você segue algum protocolo ou orientação específica da sua Unidade de Saúde, da Secretaria de Saúde ou do Ministério da Saúde para atuação no processo morte-luto? Se sim, qual (is)?
- Considerando seu trabalho na Atenção Básica, como você percebe que pacientes e familiares lidam com a morte e o luto? Quais aspectos mais impactantes você identifica nesse processo?
- Você acha que os determinantes sociais de saúde (alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, atividade física, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais) tem alguma relação com a morte? Se sim, de que tipo? Se sim, poderia compartilhar alguma experiência em que tenha percebido a influência de determinantes sociais de saúde no processo de morte e luto na Atenção Básica?
- Você percebe alguma diferença na forma como os pacientes e familiares de diferentes grupos socioeconômicos e educacionais lidam com a morte e o luto? Se sim, poderia compartilhar suas observações?
- Como você se sente ao lidar com situações de morte e luto na Atenção Básica?
- Existe algum tipo de recurso / suporte para os/as enfermeiros/as da Atenção Básica no sentido de auxiliá-los a lidar com o processo de cuidado diante da morte e do luto? Se sim, qual(is)?
- Considerando seus conhecimentos e suas experiências, que recomendações você daria para promover o melhor cuidado diante do processo morte-luto na Atenção Básica?